

6) 1ページに記載した方の中に、精神的又は、肉体的に虐待する人と住んでいますか？

いいえ_____ はい_____ もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入しなさい。

7) 1ページに記載した方の中に、妊娠している人がいますか？
いいえ_____ はい_____ もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入しなさい。

8) 1ページに記載した方の中に、緊急医療状態にある人がいますか？
いいえ_____ はい_____ もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入しなさい。



証明書を送りなさいあなたが持っている全ての書類や記録のコピーを送りなさい。

当課はあなたにDSHS医療保証がまだあなたに適用するかどうかを報告します！あなたが提出した書類はINSと共に使用することはありません。質問に答えて同封した無料封筒を使用し、2002年9月10日までに、できるだけ早く郵送してください。

Medical Assistance Administration
PO Box 45534
Olympia WA 98504-5534



あなたの 家族員の ヘルスケア に変更が 生じます！

重要事項：あなたが書類を持つている場合でも、当課はまだあなたがDSHS医療資格があるかどうか調べる必要があります。あなたはベイシックヘルスを申請すべきです。もし当課の検査結果で、あなたがまだDSHS医療クーポンが受けられる場合は、ベイシックヘルスの申請を止められます。

あなたはすでにベイシックヘルスを申請しましたか？もしベイシックヘルスを申請していないと、当課であなたの家族員の中にDSHS医療保証の資格を受けられない方を判明した場合、あなたはベイシックヘルスを申請したいですか？



重要事項！
必要事項を記入して
御質問のある方は、最寄りの
コミュニティサービスオフィス
(CSO)まで連絡してください。
電話番号を知らない方は下記の
番号へ問い合わせて下さい
1-800-562-3022.



はい いいえ

3

DSHSは6月初旬あなた宛に、あなたとあなたの家族員が2002年9月30日にDSHS医療保証（クーポン）を喪失する可能性があると通知を出しました。当課はあなたにDSHSクーポンを引き続き受け取る資格があるかどうかを知る必要があります。

当課で持っているあなたとあなたの家族員の情報からでは、あなたはその他のどの医療プログラムにも資格がないとでています。この情報が正しいか良く確認してください。当課はもう少し情報が必要です。下記に記載した人各々質問（ページ2とページ3）に答えて下さい。

質問

1) 1ページに記載した方の中に、今では移民書類や記録を持つている方がいますか？
いいえ_____はい_____もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入しなさい。 移民身分を始めて受け取った日付も記入してください。 持っている全ての書類や記録のコピーを送ってください。

2) 1ページに記載した方の中に、U.S.又は、U.S.領土（U.S.ヴァージン島、ペルトリコ、グアム、アメリカサモア。スエイン島と北方マリアナ島）などで誕生した方がいますか？
いいえ_____はい_____もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入しなさい。

3) 1ページに記載した方の中に、片親又は両親がU.S.市民になった方がいますか？
いいえ_____はい_____もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入しなさい。

メモ：
もし手助けが必要な場合、
最寄りのCSOへ
電話又は、直接持
参し手助けを要請
してください。
(CSOは時折、
福祉事務所や
コミュニティ
サービスオフィス
へ問い合わせを
します。)

4) 1ページに記載した方の中に、1996年8月22日以前から
U.S.に在留している方がいますか？
いいえ_____はい_____もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入
しなさい。（この方達が書類や記録を持たないで入国して来たか
どうかは問題ではありません。）

5) 1ページに記載した方（その方の配偶者や両親）の中に、U.S.軍
人として兵役した方がいますか？
いいえ_____はい_____もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入
しなさい。

6) 1ページに記載した方（その方の配偶者や両親）の中に、U.S.軍人として兵役した方がいますか？

いいえ_____ はい_____ もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入してください。

7) 1ページに記載した方の中に、妊娠している人がいますか？

いいえ_____ はい_____ もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入しなさい。

8) 1ページに記載した方の中に、緊急医療状態にある人がいますか？

いいえ_____ はい_____ もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入しなさい。



証明書を送りなさいあなたが持っている全ての書類や記録のコピーを送りなさい。

当課はあなたにDSHS医療保証がまだあなたに適用するかどうかを報告します！あなたが提出した書類はINSと共に使用することはありません。質問に答えて同封した無料封筒を使用し、2002年9月10日までに、できるだけ早く郵送してください。

Medical Assistance Administration
PO Box 45534
Olympia WA 98504-5534



あなたの 家族員の ヘルスケア に変更が 生じます！

重要事項：あなたが書類を持つている場合でも、当課はまだあなたがDSHS医療資格があるかどうか調べる必要があります。あなたはベイシックヘルスを申請すべきです。もし当課の検査結果で、あなたがまだDSHS医療クーポンが受けられる場合は、ベイシックヘルスの申請を止められます。

あなたはすでにベイシックヘルスを申請しましたか？もしベイシックヘルスを申請していないと、当課であなたの家族員の中にDSHS医療保証の資格を受けられない方を判明した場合、あなたはベイシックヘルスを申請したいですか？



重要事項！
必要事項を記入して
御質問のある方は、最寄りの
コミュニティサービスオフィス
(CSO)まで連絡してください。
電話番号を知らない方は下記の
番号へ問い合わせて下さい
1-800-562-3022.



はい_____ いいえ_____

3

DSHSは6月初旬あなた宛に、あなたとあなたの家族員が2002年9月30日にDSHS医療保証(クーポン)を喪失する可能性があると通知を出しました。当課はあなたにDSHSクーポンを引き続き受け取る資格があるかどうかを知る必要があります。

当課で持っているあなたとあなたの家族員の情報からでは、あなたはその他のどの医療プログラムにも資格がないとでています。この情報が正しからしく確認してください。当課はもう少し情報が必要です。下記に記載した人各々質問(ページ2とページ3)に答えて下さい。

質問

1) 1ページに記載した方の名前を記入し、この方に対する各々の質問に正直に答えてください。質問の中にはすでにあなたがCSO(福祉事務所)へ報告したものも含まれていることを御了承ください。あなたが持っている全ての書類や記録のコピーを送ってください。

1) 1ページに記載した方の中に、今では移民書類や記録を持っている方がいますか? いえ____ はい____ もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入しなさい。移民身分を始めて受け取った日付も記入してください。

2) 1ページに記載した方の中に、1996年8月22日以前からU.S.に在留している方がいますか? いえ____ はい____ もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入しなさい。(この方達が書類やパスポートを持たないで入国してきたかどうかは問題ではありません。)

3) 1ページに記載した家族員の中に、アメリカ国籍の方はいますか? いえ____ はい____ もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入しなさい。

メモ: もし手助けが必要な場合、最寄りのCSOへ電話又は、直接持参し手助けを要請してください。(CSOは時折、福祉事務所やコミュニティサービスオフィスへ問い合わせをします。)

4) 1ページに記載しなかつた家族員の中に、アメリカ国籍の方はいますか? いえ____ はい____ もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入しなさい。

5) 1ページに記載した方の中に、精神的又は、肉体的に虐待する人と住んでいますか? いえ____ はい____ もしはいと答えた場合、家族員の名前を記入しなさい。

彼等は、移民書類を申請しましたか? いえ____ はい____

INS状況と有効な医療保証

INS状況と有効な医療保証 (続き)

あなたはあなたの医療保証が終わること添えた通知を受け取りました。もしあなたが下記のグループ#1または#2に当てはまる場合、コミュニティサービスオフィス(CSO又は、福祉事務所)へ医療保証を保持するためにあなたの記録のコピーを提出してください。もしあなたが下記のグループ#1または#2に当てはまらない場合、必ずベイシックヘルスの申請をしてください。

グループ1
もしあなたのINS身分が下記の条項の何れかに当てはまる場合、あなたはDHS医療保証を保持できます。(何時あなたがU.S.へ入国したかには、関係ありません。)

- U.S.国籍(法的長期滞在者の国籍を持つ子供たち(グリーカード保持者))と同国人(アメリカサモア、スエイン島で誕生した人と北方マリアナ島に在籍する人)
- 亡命者
- 避難民
- 国外追放や撤退許可を譲渡した人
- アメリカ人新入者としての法的长期滞在者(グリーカード保持者)
- キューバやハイチ新入者
- カナダ国籍を持たないアメリカ人インディアン

ノート:もしあなたが亡命者、避難民、キューバやハイチ新入者の場合、たとへあなたが長期滞在者(グリーカード保持者)になっても医療保証を保持できます。

グループ2と3は裏のページ

グループ2
もしあなたの身分が下記の条項の何れかに当てはまる場合と、1996年8月22日以前からU.S.に在留している方(書類やパスポートを持たないで入国して来たかどうかは問題ではありません。)は、DHS医療保証を保持できます。

- 法的長期滞在者(グリーカード保持者)
- 少なくとも1年間の臨時入国を認可された人(公捕虜関係者)
- 特別な移民許可を提出した人や家庭内暴力の被害者やその子供達
- 条件付き新入者(1980年以前の避難民と1996/8/22以前の避難民全ての分離類)

ノート:もしあなたが上記のグループの何れかに当てはまるか又は、U.S.軍人として兵役した方(配偶者や扶養する未婚の子供も含める)は、何時あなたが新入国したがに関わらず、あなたはDHS医療保証を保持できます。

追加:もしあなたが1996年8月22日以降にU.S.に入国していてあなたがこの医療保証を5年間以上保有している場合、あなたは医療保証を保持できます。

グループ3

あなたがグループ1や2に記載したリストの中の記録が無い場合、例えば、記録が全く無いと9月30日以降はDHS医療保証は終わります。ベイシックヘルスを申請し、もしあなたが下記の状況に当てはまる場合、社会福祉事務所へ報告してください。

- 妊娠
- 医療緊急事態
- 無能力